UNIVERSITE DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE PITIE - SALPETRIERE

132

Année 1972 THESE N°

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Michel DELCROS
Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 20 mai 1942 à Clermont-Ferrand (63)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

UNE UNITE DE SOINS DIURNE
DANS UN SERVICE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

(Eléments d'orientation d'un projet)

Président : D.J. DUCHE, Professeur

UNIVERSITE DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE PITIE - SALPETRIERE

Année 1972 THESE N°

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

DELCROS Michel
Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 20 Mai 1942 à Clermont-Ferrand (63)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE

UNE UNITE DE SOINS DIURNE DANS UN SERVICE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

(Eléments d'orientation d'un projet)

Président : D.J. DUCHE, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNE UNITE DE SOINS DIURNE

DANS UN SERVICE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

A Monsieur le Professeur D.J. DUCHE
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux.

Cette thèse, dont il accepte la présidence, voudrait témoigner de notre reconnaissance pour sa haute bienveillance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

A Messieurs les Chefs de Service

pendant mon Externat

Professeur G. EDELMAN

Docteur P. UHRY

Professeur C. BETOURNE

Professeur J. CROSNIER

A Messieurs les Chefs de Service

dont j'ai été l'interne

Professeur G. LEVILLAIN

Professeur G. MAZARS

Professeur R. PLUVINAGE

Professeur M. DEROT

Professeur J. DELAY

Professeur P. PICHOT

Professeur D.J. DUCHE

Aux Miens

INTRODUCTION

Un projet d'unité d'hospitalisation diurne en neuro-psychiatrie infantile s'intègre dans l'évolution des conceptions sur les modalités et les cadres où assurer les soins psychiatriques à de jeunes patients.

Elle eut des précurseurs, tels :

- J. ITARD, qui recueilli, chez lui, un jeune "sauvage", Victor pour lui consacrer l'essentiel de sa jeune activité médicale. Un de ses plus grands succès fut d'influencer de nombreux créateurs ;

- Créateur d'écoles pour anormaux comme FERRUS à Bicêtre (1828), FALRET à la Salpêtrière (1831), SEGUIN, instigateur d'école de rééducation spécialisée et BOURNEVILLE qui en appliquera des idées dans son service de Bicêtre où s'esquisse la psycho-pédagogie médicale et où s'amorcent des tentatives d'améliorer les conditions d'assistance aux "idiots".

C'est surtout depuis le début du siècle que de multiples promoteurs, éducateurs, pédagogues et médecins telle M. MONTESSORI, etc.., développent l'intérêt pour des méthodes nouvelles d'assistance aux enfants.

S. FREUD révolutionne les conceptions sur la vie psychique infantile, ce qui ne manquera pas de bouleverser l'orientation des réalisations ultérieures.

Plus récemment, les modalités d'assistance aux enfants inadaptés se spécialisent ; des recherches innombrables sont suivies de créations de centres diversifiés se voulant toujours plus adaptés.

Sur le modèle de la consultation de l'hôpital de Vaugirard (1925 - Professeur HEUYER G.), se multiplient des centres de soins ambulatoires, puis divers externats appliquant des techniques de rééducation spécialisées.

Pour les enfants gravement désadaptés, se multiplient diverses structures de soins externes comme les hôpitaux de jour.

L'évolution permanente des modalités de soins psychiatriques rend nécessaire la réorganisation de toutes les structures et pousse à des réalisations toujours plus adaptées.

Cette réorganisation implique la participation des services psychiatriques d'hôpitaux généraux.

Leur position fut longtemps particulière du fait de leurs conditions historiques, leur insertion au sein même de la cité, la richesse de leurs ressources médicales.

Ils ont précocément développé des modalités de consultations externes et d'hospitalisation pour observation et traitement.

Les services de neuro-psychiatrie infantile se réorganisent pour satisfaire aux exigences actuelles de la spécialité.

Notre projet se place dans le cadre particulier du service siège de la Chaire de Spécialité, à la Salpêtrière, et est conditionné par ses traditions.

Ce service, riche de sa contribution à l'amélioration des connaissances, par les spécialistes qu'il a formés, a développé, sous l'impulsion de ses chefs successifs, Professeur G. HEUYER et L. MICHAUX, des modalités précocément originales de soins.

Trop longtemps seul service de neuro-psychiatrie infantile, il fut très tôt ouvert et disposa rapidement de possibilités importantes de soins ambulatoires très spécialisés.

Sous la direction de son chef de service actuel, le Professeur D.J. DUCHE, des orientations nouvelles des activités se sont dégagées, guidées par des préoccupations essentielles comme celle de traiter les jeunes patients plus près de leur milieu naturel, et de parfaire la continuité nécessaire des soins.

A cette préoccupation, s'ajoute en s'y confondant en partie, celle de contribuer aux soins psychiatriques dans le cadre de la

mise en place de la sectorisation. Ceci impose de multiples réalisations.

Une unité d'hospitalisation diurne n'est que l'une d'entre elles. Elle doit satisfaire à une partie des missions et peut être l'objet de réflexions pour d'autres services analogues.

Sa réalisation impose la mise en oeuvre de compétences multiples débordant le seul domaine médical.

Nous nous sommes limité à la recherche d'éléments utiles pour en orienter la réalisation.

Même ainsi limité, notre travail n'est qu'une contribution partielle à l'étude de l'évolution de techniques de soins hospitaliers.

Le caractère prospectif du sujet lié à la nécessité de rester ouvert sur l'avenir le lui imposait en partie.

Dans ce travail, nous nous efforcerons tout d'abord de situer le projet en décrivant ses motivations, son cadre et les moyens disponibles qui le conditionnent ; pour développer ensuite les principes qui peuvent guider sa réalisation et son fonctionnement.

La conclusion résumera les éléments essentiels soutenus.

LE PROJET

C'est la confrontation des moyens thérapeutiques déjà disponibles avec les besoins nouveaux qui le conditionne en partie. La description de certaines modalités du fonctionnement du service de neuro-psychiatrie infantile de la Salpêtrière permet ainsi de les situer.

Ce service est confronté à une demande particulière. Il reçoit un grand nombre d'enfants et d'adolescents de tout âge, d'origine géographique étendue, présentant des troubles psychopathologiques volontiers sévères et complexes.

Cette situation tient en partie à la carence en structures de soins suffisamment adaptées et nombreuses dans bien des régions. Face à cette situation, il fonctionne sur le mode des hospitalisations et consultations hospitalières.

Les Hospitalisations

Elles sont généralement continues, 24 heures sur 24, et les enfants d'âge scolaire et pré-scolaire d'une part, les adolescents et adultes jeunes d'autre part sont répartis en deux pavillons.

L'hospitalisation continue est utile dans nombre de cas, marquée d'une relative urgence dans le but d'assurer un traitement à court terme ou de permettre un déconditionnement ou des explorations particulières.

Mais les inconvénients n'en sont pas négligeables dans bien d'autres cas. En effet, l'enfant séparé de sa famille et de son cadre de vie habituel est placé dans un milieu artificiel, inadapté à une observation satisfaisante comme à un traitement prolongé dans ce cadre.

D'autres inconvénients tiennent aux modalités de l'hospitalisation : la coexistence d'enfants hospitalisés dans des conditions et pour des durées trop diverses pour former un groupe stable limite les possibilités de recours à des thérapeutiques collectives, coordonnées selon un programme thérapeutique d'ensemble.

Toutes ces conditions limitent les possibilités de fonctionnement thérapeutique institutionnelle.

Tenant compte de ces inconvénients, se sont développées des modalités de soins diversifiées, éducatives, psychothérapiques, des sorties et permissions thérapeutiques, des expériences pédagogiques destinées à des externes, des modalités d'action sur les familles, etc... qui témoignent d'une ouverture et préfigurent les éléments essentiels d'une structure hospitalière de soins diurne.

Les consultations, elles, se sont depuis longtemps développées pour assurer la poursuite nécessaire des soins. Mais, cette modalité de soins externes a des limites tenant à de nombreux facteurs comme la parcellisation de l'abord thérapeutique, la difficulté d'assurer des thérapeutiques collectives, l'insuffisance des possibilités d'ouverture et de collaboration avec des structures extra-hospitalières du fait de l'organisation hospitalocentrique de ses modalités de soins ambulatoires.

Aussi, pour des malades gravement désadaptés à leur milieu normal, les thérapeutiques ambulatoires discontinues sont insuffisantes à assurer les soins nécessaires. Tandis que nous l'avons vu, le recours à l'hospitalisation ou au placement n'est pas le plus souvent une formule adaptée.

Pour certains de ces cas, l'hospitalisation partielle est nécessaire pour leur offrir un milieu substitutif à celui auquel l'enfant est inadapté et les possibilités de traitement intensif prolongé que justifie son état.

Pour assurer son fonctionnement, le service dispose d'importantes ressources en personnel. Sa composition couvre l'ensemble de l'évantail des professions concernées en neuro-psychiatrie infantile. Surtout, ses membres sont habitués à travailler en équipe coordonnées. C'est là un élément qui nous paraît capital, préfigurant certains aspects de leur intégration dans une nouvelle unité d'hospitalisation.

La composition catégorielle de ce personnel peut être ainsi schématisé :

- un chef de service
- un professeur agrégé
- cinq assistants
- un analyste, directeur des activités psychothérapeutiques
- un nombre avoisinant la trentaine d'attachés de consultation comportant une importante fraction de psychothérapeutes et divers spécialistes en épileptologie, psychologie, psychomotricité, biologie, orthophonie notamment
- une douzaine de psychiatres en formation
- le personnel rééducateur, lui, comprend 13 orthophonistes, 3 rééducateurs de psychomotricité
- 22 psychologues, travaillant pour la plupart à temps partiel
- 2 conseillers d'orientation scolaire et professionnelle
- 7 éducateurs spécialisés et des stagiaires
- le personnel pédagogique, détaché de l'Education Nationale regroupe autour de la directrice d'études 7 personnes formées pour

assurer la pédagogie de la maternelle au secondaire et des enseignants de dessin, musique, activités ménagères, éducation physique.

- Le personnel infirmier comprend 4 surveillantes, un nombre important mais variable d'infirmières et d'aides soignantes.

- Enfin, 4 assistantes sociales et 5 secrétaires médicales, complète ce personnel qui, pour nombre d'entre eux, ont des activités débordant le cadre strict des soins.

Mais, il faut insister : au delà de la composition de ce personnel très spécialisé, c'est sa capacité à travailler en équipe qui nous paraît importante. A ce titre, l'expérience de fonctionner en petites équipes coordonnées utilisant des méthodes actives, animées de préoccupations psychothérapeutiques nous paraît le meilleur prélude à leur activité dans une unité de soins diurne bien coordonnée au reste du service.

Le développement des activités ambulatoires, du travail thérapeutique dirigé vers les parents, le développement des activités éducatives actives, des pédagogies spécialisées, des psychothérapies diverses nous paraissent témoigner de grandes capacités d'adaptation du personnel et préjuger bien de la réalisation du projet.

L'ensemble déjà important de ses ressources qui étaient nécessaires pour assurer la meilleure poursuite possible des soins, doit

être développé du fait de nouvelles orientations devant lesquelles se trouve le service. En effet, le projet d'unité diurne est grandement conditionné par la contribution essentielle qu'il devra apporté aux soins de pédo-psychiatrie de la population du 12ème arrondissement de PARIS. Cette responsabilité nouvelle s'ajoutant aux autres missions, vient transformer et préciser les objectifs auxquels une telle unité diurne doit répondre.

Le service se doit de continuer à assumer pendant un certain temps les soins de sa clientèle antérieure, parallèlement à la prise en charge progressive de tous les enfants d'un secteur géodémographique.

L'unité de soins diurne est ainsi conçu comme un élément de diversification, particulièrement ouvert et intermédiaire entre les institutions hospitalières existantes et à aménager, et entre celles-ci et des structures extra-hospitalières à créer et à coordonner.

La description du milieu d'implantation et de l'arsenal thérapeutique déjà disponible, l'étude des résultats de son fonctionnement et des besoins persistant, font promouvoir des aménagements. Parmi les créations hospitalières qui apparaissent les plus urgentes et les plus aptes à satisfaire rationnellement certains besoins, l'unité d'hospitalisation diurne apparaît essentielle.

Nous ne nous sommes attaché ainsi qu'à l'étude de cet élément charnière entre le dispositif intra et extra-hospitalier.

Ayant confronté les besoins en fonction des principes et des orientations générales, il importe de rechercher les éléments propres à orienter la réalisation et la fonction de l'unité de soins diurne ainsi située.

Une fois précisés son cadre et son contexte d'implantation, nous rappellerons les buts d'une telle unité : il s'agit d'offrir à de jeunes patients, inadaptes à poursuivre les activités habituelles de leur âge, une institution les recevant pendant la durée de la scolarité et assurant les traitements nécessaires, tout en maintenant une relation constructive avec les parents dans la visée d'une réadaptation au moins relative au milieu de vie habituel.

Un tel projet peut tirer des éléments d'orientation, d'expériences d'institution répondant à des buts similaires.

Nombreuses et diverses sont les institutions qui reçoivent à temps partiel des enfants gravement désadaptés, se substituant ainsi plus ou moins à l'école normale. Elles mettent en oeuvre des techniques variées, diversement associées, psycho-pédagogiques, psycho-thérapeutiques, éducatives ; l'une d'entre elles pouvant être prépondérante selon les cas.

Il en est ainsi de certains centres psycho-thérapeutiques, d'externats médico-pédagogiques, etc... Beaucoup de ces structures de soins sont très spécialisées et ont réalisé des expériences riches d'enseignement.

Un type d'institution répond à un plus grand nombre des caractères de notre projet. Ce sont les hôpitaux de jour, en fait eux-mêmes très divers et généralement développés dans un contexte extra-hospitalier. Ainsi, le premier vit le jour en 1960 comme un des nombreux éléments déjà développés du dispositif de soins pédo-psychiatrique de l'Association Mentale du 13ème arrondissement de PARIS (S. LEBOVICI). Les études qu'il a motivé apportent une expérience enrichissante sur la contribution possible d'une telle institution dans le cadre de l'activité de secteur.

Bien d'autres hôpitaux de jour se sont créés dans des contextes voisins. Bien que la plupart se soit développé en dehors,et d'un hôpital et,(au moins initialement) d'un dispositif sectorisé, de nombreuses données de leur expérience sont utilisables. Pour situer ces divers hôpitaux de jour, leur recensement dans le cadre des institutions de l'enfance inadaptée peut nous servir de point de départ. Ainsi, à PARIS, et selon leur aire de recrutement, existent :

- Le Centre Etienne Marcel pour les quatre premiers arrondissements ; il traite des adolescents
- Le Centre de Réadaptation Psychothérapeutique du 10ème arrondissement reçoit des enfants
- La Fondation Rothschild est sectorisée pour le 13ème arrondissement
- Dans le 14ème arrondissement existent 1 hôpital de jour pour enfants et celui de l'hôpital Henri Rousselle

- Dans le 15ème arrondissement la Villa Santos Dumont non sectorisée, traite des psychotiques graves, et le centre Dutot des enfants

- Dans le 17ème arrondissement existe un hôpital de jour pour enfants et un autre pour adolescents

- L'hôpital Marguerite Fontanelle dans le 18ème arrondissement est sectorisé

- Enfin, dans le 20ème arrondissement existe encore un hôpital de jour.

Bien d'autres sont en cours de réalisation ou en projet.

Mais il s'avère que parmi ceux déjà assez anciens, la plupart n'ont pas été d'emblée sectorisés, beaucoup partagent des locaux avec des centres de soins externes de type dispensaires et aucun n'est intégré dans un service hospitalier du type de celui considéré.

Il est pourtant des institutions développées dans un contexte apportant des éléments complémentaires importants, car ressemblant par certains aspects plus à celui de notre projet. Il s'agit essentiellement de centres développés dans des structures hospitalières d'ailleurs non similaires à celles du service de la Salpêtrière.

Sans développer le projet comparable de réorganisation des structures de soins de la colonie de Vaucluse qui implique la création d'un hôpital de jour, nous voudrions insister sur deux réalisations : celle de la Fondation Vallée ;un hôpital de jour y fut

créé en 1967. "Maillon essentiel " (R. MISES) d'un dispositif sectorisé en 1965 et implanté dans ce qui avait été un asile pour enfants. L'expérience de cette réalisation montre quelle place elle peut prendre dans un contexte évolutif des modalités de soins au sein d'une institution déjà existante et les difficultés pour développer les moyens de suite pour les enfants devenus adultes.

A l'étranger, des réalisations comparables à une unité de soins diurne sont innombrables, particulièrement en Amérique du Nord dans divers centres de soins. Mais bien que développées dans un contexte social et médical très différent du nôtre, elles n'en restent pas moins très riches de transpositions possibles.

Nous relèverons deux exemples :

- Aux U.S.A., celui du centre de traitement diurne que LAVIETAS et Coll. ont orienté vers la réalisation d'un climat thérapeutique particulier avec une importante activité dirigée vers les parents ;
- et enfin, particulière par son développement dans un hôpital général, l'unité de jour de l'hôpitalSainte-Justine à MONTREAL.

Initialement destiné à de jeunes enfants, il s'est développé depuis 1958, intégré dans un ensemble de modalités d'assistance psychiatrique en milieu pédiatrique (LAZURE). Son insertion dans un hôpital général au sein même de la ville voit se confirmer les avantages qu'il y a pour une telle institution à disposer d'importantes ressources médicales et à être proche du milieu social normal.

Nous voyons ainsi la diversité des contextes et cadres d'implantation des structures de soins diurnes dont une des formes les plus élaborée est celle réalisée dans les hôpitaux de jour. La diversité d'orientation de toutes ces institutions témoigne de la richesse potentielle de cette formule de soins qui doit être ménagée dans une réalisation nouvelle.

Se sont les données de ce type d'expérience qui nous fourniront les éléments d'orientation essentiels. Nous en retiendrons ceux qui sont transposables dans le cadre de notre projet.

Mais, toute institution de soins voit surtout son orientation déterminée par le type de patients qu'elle traite. Les conditions matérielles n'interviennent que comme un facteur favorisant à côté d'autres plus déterminants, pour créer des possibilités de fonctionnement satisfaisants.

Enfin et surtout, c'est la qualité de l'intégration de l'unité au sein d'un dispositif cohérent qui est le dernier élément important pour élargir ses possibilité d'action. Nous développerons successivement tous ces points.

Dans ces divers domaines déterminant le projet, nous essaierons de dégager les orientations et les choix possibles ainsi que quelques exigences minimales ou les préalables qui nous ont paru nécessaires à un bon fonctionnement.

La Politique de l'Admission

Les patients ,dont la souffrance est la raison d'être d'un tel projet, imposent de préciser le champ pathologique d'application de l'unité prévue. Le nombre de malades qui relèvent potentiellement d'une telle unité de soins paraît considérable face à celui des places qui pourraient leur être offertes. Une estimation préalable des cas à admettre doit être faite avant tout début de fonctionnement. Un recensement dans ce sens s'impose parmi la clientèle déjà suivie dans le service, comme dans la population du secteur.

Une prise en charge cohérente impose la recherche de critères d'admission suffisamment précis afin d'assurer une orientation satisfaisante, orientation qui ne saurait être basée sur des critères trop sélectifs ou se faire dans une visée ségrégative.

Parmi les critères possibles d'admission, certains sont des données relativement générales. Les sujets à admettre présentent une maladie mentale évolutive au sens de la législation sociale ; mais cette dénomination vague recouvre bien des situations diverses. Il faut encore que le maintien de l'enfant dans un établissement scolaire soit impossible. Il paraît encore a priori évident que le recours à une autre formule d'assistance s'avère insuffisante. Or, la frontière entre les cas justiciables d'un externat médico-

pédagogique par exemple ou d'un hôpital de jour n'est pas toujours facile à déterminer ; il n'est besoin que d'évoquer cette difficulté à propos d'enfants où il s'agit d'apprécier le caractère "prédominant ou non" d'une débilité intellectuelle. J.L. LANG insiste sur la difficulté de distinguer en pratique dans bien des cas certaines nuances distinctives de ces deux types d'institution. Pour rester dans le domaine psychiatrique, les critères nosologiques ne peuvent guère servir qu'à un premier abord classificatoire bien insuffisant à lui seul. Il y a lieu de toujours tenir compte de la mouvance et de la non structuration définitive de tels sujets en croissance.

Toutefois, il s'agit essentiellement de sujets psychotiques :

- Etats schizophréniques infantiles et juvéniles
- Divers aspects de psychose infantile, autistique, symbiotique, déficitaire ou avec participation encéphalopathique
- De troubles graves de la personnalité atteignant divers aspects de son développement, telles des pré-psychoses et dysharmonies d'évolution où l'adaptation est précaire et exposée à une aggravation brutale
- De troubles psycho-névrotiques graves où des manifestations souvent phobo-obsessionnelles entraînent une désadaptation
- D'associations diverses de perturbations affectives à des déficits fonctionnels, intellectuels, ou sensoriels, ou encore à des manifestations comitiales ou somatiques détériorant gravement les conditions psycho-sociales

- Certains cas particuliers par leur relative fréquence et leur difficulté d'appréciation méritent d'être isolés. Ainsi en est-il des sujets présentant :

. des troubles du caractère sévères avec recours à des passages à l'acte et une sous-adaptation sociale, s'ils tendent à s'organiser sur un mode psychopathique et non psychotique ou névrotique, on leur dénie facilement la possibilité de s'intégrer avec bénéfice dans une institution libérale ;

. les enfants "carencés", "multiplacés", à l'organisation psychologique régressive et fragile, présentant des difficultés relationnelles et une certaine inadaptation. Ce n'est que lorsqu'existe une organisation psychopathologique franche qu'ils peuvent réellement bénéficier de thérapeutiques psychiatriques dans un tel cadre ;

. les troubles scolaires d'aspect plus mineur, avec inhibition, opposition par exemple, peuvent être une indication valable d'hospitalisation diurne ; celle-ci permet le déconditionnement et l'instauration d'un traitement.

Mais plus que l'état statique de la psychopathologie individuelle, c'est l'aspect évolutif des troubles dont il doit être tenu compte. C'est là un élément pronostique capital mais d'appréciation délicate qui conditionne en grande partie le type de la population à admettre et par là le fonctionnement et l'efficacité de l'institution. En effet, il importe dans tous les cas, d'apprécier à côté du degré de structuration pathologique dans ces divers aspects libidinaux, fonctionnels et cognitifs, de déterminer dans quelle mesure

les troubles sont susceptibles d'évoluer sous l'influence de facteurs dynamiques, et si les difficultés relationnelles sont accessibles et mobilisables par la mesure envisagée. Dans ce but, il faut tenir compte de tous les éléments anamnestiques et pronostiques autant que des éléments dynamiques et structuraux personnels au malade, et aussi de ceux de sa famille.

C'est donc en fonction de l'élément dynamique qu'apparaît la nécessité essentielle d'un choix d'ensemble. Jusqu'à quel degré de gravité évolutive va-t-on admettre des patients ?.

L'institution est en effet exposée là à deux écueils. Admettre un trop grand nombre de cas par trop graves et fixé , peu susceptible d'évolution à moyen terme, expose à des risques : cela limite rapidement les possibilités de sortie, et donc d'admission pour d'autres patients peut être plus mobilisables ; cela alourdi le fonctionnement de l'institution en diminuant sa rentabilité apparente et ses possibilités d'action. Ainsi, risque de se créer une unité ségrégée, lieu de stagnation de cas graves au sein d'un service actif. Ceci ne tarderait pas à entraîner un isolement et un désintérêt parmi le personnel et une limitation de la réflexion institutionnelle.

A l'opposé, une politique par trop sélective à l'encontre de ces cas lourds risque d'être un facteur de réjection de cas graves sur d'autres unités des dispositifs de soins. Cela isolerait gravement l'unité de soins diurne dans un statut apparemment rentable

mais rapidement nuisible à la bonne marche de l'ensemble.

Aussi, il importe d'adopter une attitude souple pour rester à distance de ces deux risques. Il paraît utile d'admettre des cas suffisamment variés en gravité, avec au moins dans un premier temps, une proportion limitée de cas lourds. Compte tenu des aléas de l'appréciation pronostique chez des sujets en pleine croissance, il semble toutefois que la détermination de ne pas admettre une proportion trop forte de déficits fixes ou de troubles figés, peu mobilisables, soit nécessaire pour donner à l'unité de soins diurne une efficacité suffisante.

A côté de ces critères nosographiques et évolutifs, un élément est au moins aussi déterminant pour conditionner l'efficacité des soins proposés dans une telle unité. C'est le degré de disponibilité des parents à collaborer et leur capacité à évoluer, ce qui conditionne une réelle mobilisation de la situation familiale. Il paraît donc éminemment souhaitable de s'adresser à des patients dont les parents soient visibles, disponibles, capables de nouer des liens relationnels nouveaux, et de participer à l'activité thérapeutique pour la part qui les concerne. Il s'agit là d'un facteur capital pour déterminer l'opportunité d'une admission. Une famille absente, désorganisée, à la dynamique peu mobilisable rend le recours à de telles modalités de soins le plus souvent illusoire. Un certain éloignement géographique des parents peut être un élément du même ordre. Il importe pourtant d'apprécier toute situation familiale de façon nuancée, et comme susceptible elle-même d'évoluer

justement en cas d'amélioration de l'état de l'enfant. Telle famille jugée hâtivement déficiente ou tel parent dit trop facilement rejetant peuvent s'avérer aptes à collaborer de plus en plus à la faveur d'une action thérapeutique plus active dirigée sur leur enfant et eux-mêmes.

Cette vérité générale que l'amélioration individuelle, même modérée, peut entraîner une amélioration des interactions familiales est ici particulièrement importante à considérer.

Nous voyons que la décision d'admettre un patient peut reposer sur quelques critères relativement précis. L'application à chaque cas particulier peut en être délicate et il faut tenir compte des possibilités évolutives à chaque instant. Elles peuvent amener à reconsidérer chaque situation à différents moments de son évolution. L'admission n'est en tous les cas décidée qu'après des explorations suffisamment approfondies, avec au besoin recours à une hospitalisation d'essai. Dans la mesure du possible, il ne faut pas infirmer l'admission trop tard dans l'année scolaire, ce qui pourrait limiter des possibilités de trouver une solution de remplacement pour la scolarité.

De multiples autres facteurs pratiques conditionnent l'admission et dépendent largement du mode de fonctionnement et de la coordination avec les autres unités. Nous y reviendrons.

Dans la détermination préalable de la population à traiter, intervient un facteur essentiel : celui de l'âge des patients. Il importe ici de soulever les problèmes posés particulièrement pour les âges extrêmes.

Les jeunes enfants, d'âge pré-scolaire, sont souvent tardivement pris en charge du fait de la relative tolérance des parents ou des classes maternelles. Lorsque leur état justifie des soins intensifs, ceux-ci peuvent être avantageusement pratiqués dans une unité d'hospitalisation diurne. C'est aussi particulièrement à cet âge que la possibilité de pouvoir recourir à une observation prolongée du comportement à une exploration de la personnalité, parallèlement à l'analyse des interactions avec la famille, peut s'avérer indispensable. L'intérêt de cette formule de soins dans la prévention de troubles plus graves devrait rendre son utilisation assez large. Au besoin la durée quotidienne de fréquentation des enfants peut être réduit à quelques heures et la possibilité de dirigée une activité thérapeutique vis à vis de la mère particulièrement développée. La possibilité offerte par cetype d'assistance d'obtenir une collaboration meilleure des parents est très importante à considérer.

Mais orienter l'activité vers cette catégorie de patients impose aussi des contingences particulières, ne serait-ce que sur l'aménagement des locaux. Il doit faire recourir à du personnel spécifique, comme des jardinières, éducatrices spécialisées notamment, et d'une façon générale l'importance des activités de maternage implique un personnel spécialement orienté et formé.

Les adolescents posent aussi un problème particulier. S'il peut être dans certains cas intéressant d'intégrer quelques pré-adolescents dans un groupe d'enfants, il apparaît souvent que les adolescents ressentent comme narcissiquement dévalorisant d'être traités avec des enfants. Ceci aggrave la mésestime de soi fréquente à cet âge. Aussi faut-il tenir le plus grand compte de la relative individualité des manifestations psychopathologiques de cet âge à la charnière d'un passé agissant et d'un futur angoissant. Le caractère transitoire fréquent de la pathologie aiguë accroît l'urgence du traitement. La particularité des modalités relationnelles et des intérêts est marquée par la dépendance mêlée à une aspiration à l'autonomie. Tous ces éléments conduisent à envisager pour les adolescents un programme thérapeutique assez spécifique, si possible dans un cadre individualisé et adapté avec encore plus de souplesse que pour l'enfant plus jeune. Le personnel soignant pour ce type de patients devrait idéalement être choisi pour ses motivations et capacités particulières. Il y a lieu en effet d'éviter les réactions négatives possibles si les difficultés de leur propre adolescence sont trop difficilement contrôlables chez ces adultes.

Le programme thérapeutique doit offrir de grandes possibilités d'ouverture dans une visée de réinsertion sociale et familiale particulièrement délicate à obtenir. Les activités pédagogiques ont ici une particulière importance qui va de pair avec une difficulté de mise en oeuvre. Les perturbations scolaires sont en effet souvent

anciennes et les lacunes nombreuses à combler. L'adolescent a désinvestit les activités scolaires, souvent même les vit de façon agressive. Le but est en fait surtout de fournir des éléments d'apprentissage et d'assurer un contect avec le réel visant à une réadaptation à un niveau d'activité plus rentable. Le registre scolaire n'est ainsi souvent utilisé que pour donner le maximum d'éléments de connaissance de la réalité et propre à structurer la personnalité dans ses divers modes d'organisation et d'expression. Il importe d'essayer d'assurer le maximum d'autonomie nécessaire pour permettre une certaine capacité de défense dans la vie sociale. Dans ce but, la pédagogie spécialisée ne doit pas fournir seulement des éléments théoriques, mais aussi des informations pratiques facilement utilisables en créant des schémas de comportement adaptés.

La possibilité d'offrir des activités pré-professionnelles, artistiques ou ergothérapiques ne doit pas être négligée ; mais elles doivent être utilisées sur un mode pratique et non comme une fuite, du réel ou des autres activités de soin.

Les activités éducatives doivent fournir ici un évantail particulièrement large. Elles doivent être mixtes, avec toutefois des temps séparés plus spécifiques pour les filles et pour les garçons, propres au caractère spécifique des aspects maturatifs de chaque sexe.

Il est souhaitable de particulièrement développer les activités

[illegible]

tatif à un niveau d'activité plus variable. La logique sociale [illegible]

de connaissance de la réalité et permet à structurer la personna-

lité dans ses divers modes d'organisation et d'expression. Il im-

[illegible]

mettre une certaine capacité de défense dans la vie sociale.

[illegible] pédagogie spécialisée ne doit pas fournir seu-

[illegible]

ces facilement utilisables en créant des schèmes de comportement

[illegible]

La possibilité d'offrir des activités pré-professionnelles [illegible]

[illegible]

doivent être utilisées sur un mode pratique et non comme une fin,

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Il est recommandé, en partant [illegible]

extérieures à l'hôpital pour tenter progressivement d'adapter l'adolescent aux structures communautaires de la cité.

Dans le domaine psychothérapique, outre les techniques individuelles habituelles chez l'adolescent, il semble particulièrement intéressant de pouvoir recourir à des techniques psychothérapiques de groupe ou collectives, et au psychodrame analytique. L'activité tournée vers les familles est là aussi un peu particulière : certes, l'adolescent est moins dépendant objectivement de sa famille, mais souvent les perturbations de l'adolescence sont l'occasion d'une crise familiale accusée, exprimant les interactions étroites entre les divers membres de la famille. Souvent est ainsi remis en cause la position des parents surtout face aux problèmes sexuels qu'il importe de comprendre pour éviter le risque de conduites anti-thérapeutiques de leur part. Il importe surtout de ne pas adopter d'attitude, d'identification, négative à leur égard, mais au contraire de restaurer leur image de façon valable pour l'adolescent.

Ainsi les diverses catégories d'âge justifient quelques investissements particuliers. Mais c'est essentiellement pour les adolescents que la nécessité d'offrir des modalités d'assistance spécifique et difficile à mettre en oeuvre, justifie une individualité certaine des modalités de soins.

En conclusion, il apparaît nécessaire de fixer préalablement les catégories d'âge pour lesquelles l'unité est prévue et d'organiser des sous groupes thérapeutiques assez différenciés selon

le niveau de développement libidinal et scolaire des patients. Il peut être utile, pour faciliter l'activité dans les premiers temps de fonctionnement, de se fixer une catégorie d'âge relativement limitée pour éventuellement élargir le recrutement vers les âges extrêmes en créant des sous unités partiellement individualisées. Car s'il paraît souhaitable que le groupe des patients soit assez divers en âges pour recréer une collectivité normale de type familial, cela n'est licite que si l'on peut offrir à chaque âge les moyens d'assistance assez spécifiques qu'il exige.

Intriqué dans la pratique et conditionné par des facteurs communs à la politique de l'admission, apparaît le problème de la sortie.

En effet, le problème des orientations possibles à la sortie de l'unité de soins diurne ne trouve pas de solution univoque : le retour souhaitable dans la scolarité normale n'est possible que dans les meilleurs cas. Plus souvent, le passage dans une classe de réadaptation est nécessaire, mais ces dernières sont en nombre très insuffisant. Ce retour est dans tous les cas favorisé par la collaboration réelle avec les responsables scolaires, nécessitant une réelle coordination entre les thérapeutes et les établissements extérieurs.

Les adolescents sont souvent confrontés à des difficultés particulières de réadaptation à la sortie. La diversité des orien-

[illegible]

idéal, mais n'est licite que si l'on peut offrir à chaque âge les [illegible] spécifique qu'il exige.

[illegible] commune à la politique de l'admission, apparaît le problème de [illegible]

[illegible] de l'unité de soins où l'on ne trouve pas de solution univoque : le [illegible] dans les meilleurs cas. Plus souvent, le passage dans une classe [illegible] rééducation est nécessaire, mais ces dernières sont en nombre [illegible] en coopération réelle avec les ressources locales, nécessaires [illegible]

[illegible]

tations possibles à cet âge, l'intolérance accrue au milieu scolaire aux troubles des plus grands, la carence en institutions spécialisées l'expliquent en grande partie. Il manque en effet d'établissements pédagogiques et d'apprentissage spécialisés, de foyers, de services de placement et d'un marché protégé du travail. Tous ces éléments limitent souvent l'effet de la poursuite des soins. Dans les cas les plus difficiles, la nécessité d'une orientation en l'absence de structure d'accueil valable pousse à prolonger indûment l'hospitalisation. C'est là une formule peu satisfaisante à laquelle on peut être encore contraint du fait de la carence en internats suffisamment thérapeutiques.

Les Conditions Pratiques

de Fonctionnement

Aucune règle rigide ne saurait codifier trop strictement le fonctionnement de ce type d'institution. Toutefois, quelques normes techniques sont en pratique déterminables. Ainsi en est-il pour fixer le nombre moyen souhaitable d'enfants d'une telle unité. Il peut varier entre 20 à 50 environ. Un effectif plus grand limite les possibilités d'échanges relationnels souhaitables entre chaque responsable et chaque enfant et impose de créer des sous unités semi indépendantes. Cette solution peut encore être valable dans les cas d'une population d'âges très divers ou présentant des troubles d'expression trop différents.

En ce qui concerne les horaires, il n'existe pas de norme fixe ; les règles sont susceptibles d'aménagements les plus souples en fonction de la situation de chaque patient. Les horaires habituels se superposent à ceux de la scolarité de chaque âge, soit en extrême 8 heures 30 à 19 heures, ou au minimum 9 heures à 16 heures.

Le fait d'offrir des activités pendant les jours de vacances scolaires (mercredi et samedi après-midi) et de fonctionner plus ou moins activement en fin d'après-midi peut offrir un intérêt dans

nombre de cas. Mais, l'unité ne doit pas se transformer en garderie pour certains cas par trop défavorisés. Il faut au contraire tenter de faire participer l'enfant au maximum des loisirs extérieurs, avec sa fratrie notamment.

Un autre principe fixe le degré de fréquentation. Il est souhaitable de limiter l'absentéisme et que chaque patient soit présent pendant toute la durée des activités. Toutefois, on ne saurait imposer un cycle de fréquentation calqué sur le rythme scolaire qui ne tiendrait pas compte de l'individualité de chaque situation familiale et du caractère imprévisible de l'évolution des troubles.

Ainsi, dans les premiers temps du séjour, dans la phase de préparation à la sortie ou pour les plus petits, ou encore en cas d'empêchement réel, une fréquentation moins rigoureuse mais contrôlée est parfaitement justifiée.

Certains patients, si leur état le justifie, peuvent bénéficier d'une fréquentation réduite à quelques jours par semaine seulement. Au prix d'une bonne organisation, cela peut permettre de soigner et d'explorer un plus grand nombre de malades. Toutefois, cela ne doit pas dénaturer la règle qui veut que la fréquentation souhaitable soit maxima.

Un point pratique d'une relative importance, du fait de la position excentrique de la Salpêtrière par rapport à son aire de recru-

tement essentielle, est la nécessité d'organiser un système de ramassage.

L'équipement Matériel

Largement conditionnés par des considérations et des contingences multiples, des aménagements apparaissent essentiels et souhaitables. Il en est ainsi que ceux qui concernent l'équipement matériel.

L'espace d'évolution des partenaires concernés dans une activité de soins représente un élément important ; même s'il n'est que secondaire par rapport aux investissements humains, il conditionne en partie leur efficience.

Une unité d'hospitalisation diurne dans un hôpital général doit être suffisamment individualisée. Il paraît par exemple peu concevable de voir une telle unité placée dans un grand bâtiment élevé commun à des services médicaux modernes. L'idéal paraît être une construction de plein pied, tel un grand pavillon, d'accès facile et accueillant, et disposant d'espaces de plein air adjacents aménagés pour des activités thérapeutiques et de jeux.

L'aspect doit être celui d'une maison collective pour enfants, capable de récréer un certain climat familial. L'ordonnance et la décoration doit être familière et agréable aux enfants. L'espace doit être suffisant pour permettre l'évolution de groupes et de sous groupes multiples, représentant très habituellement une

centaine de personnes. Chacun doit pouvoir disposé d'espaces semi-privés, comme pour ranger quotidiennement ses affaires par exemple, ou pour pouvoir évoluer dans un territoire connu et rassurant, notion particulièrement importante à considérer pour des enfants souffrant souvent de troubles graves de la spatialisation.

L'aménagement doit permettre des activités diverses, polymorphes, effectuées par des groupes multiples, de taille variée aux mêmes moments. Il faut donc disposer de locaux aménagés de façon diverse et en partie polyvalente. Il faut ainsi prévoir des salles suffisamment vastes pour des activités collectives de plusieurs dizaines de personnes. Elles doivent pouvoir permettre des activités physiques : éducation physique, psychomotricité, techniques corporelles diverses, ou des réunions collectives, spectacles, etc... L'insonorisation de ces locaux doit être particulièrement prévue. Des salles de taille plus réduite et en plus grand nombre sont nécessaires pour des traitements par petits groupes, comme des rééducations, psychothérapies, etc... Des salles aménagées avec eau, paillasse, matériel éducatif ou occupationnel de type atelier sont éminemment souhaitables pour les activités thérapeutiques et artistiques. Enfin, des locaux à usage psycho-pédagogique adaptés à des groupes de 2 à 10 enfants sont évidemment indispensables.

L'ensemble doit permettre une relative séparation et indépendance entre les diverses activités médicales, les zones éducatives et les locaux pédagogiques et entre les diverses catégories d'âge.

Il faut également prévoir

- une salle à manger proche des locaux de préparation du repas ; cette salle doit permettre la prise de repas, sans oublier le goûter, par petits groupes, avec la participation d'adultes ;

- des salles de repos, détente, sieste ;

- une infirmerie ;

- un secrétariat ;

- des bureaux pour les entretiens ;

- des zones de réception commodes, avec bureaux, salle d'attente, etc...

L'ensemble doit être aménagé de façon à permettre les échanges relationnels et des déambulations imposées par des entrées et sorties, des passages d'une activité à l'autre, nombreux chaque jour.

Il est à souligner que nombre de ces locaux pourraient être utilisés en partie en commun avec d'autres unités ou pour d'autres activités du service ; l'unité de soins diurne elle-même ne les occupant que pendant un temps précisément limité. Toutefois, pendant la durée de l'activité de soins diurne, il est nécessaire que des activités trop différentes ne chevauchent pas et que son individualité soit suffisamment marquée par rapport au reste du service.

Le Personnel Soignant

C'est la possibilité de travailler en équipe qui est l'élément essentiel de l'efficacité d'un groupe soignant en pédo-psychiatrie. Dans une unité d'hospitalisation diurne, ce personnel doit être assez nombreux et s'il n'existe pas là encore de normes fixes pour déterminer l'effectif souhaitable, on peut avancer que le nombre total des soignants peut avoisiner celui des patients.

Un trop grand nombre nuirait à la cohésion et à l'efficacité : l'implication personnelle de chaque membre vis à vis de chaque malade impose encore la stabilité dans le temps et la continuité de la présence des adultes.

L'estimation numérique des besoins est difficile du fait de la parcellisation des tâches de bien des catégories professionnelles intéressées qui travaillent à temps partiel.

L'important paraît de déterminer des exigences minimales surtout qualitatives et les éléments favorisant le travail institutionnel en équipe cohérente. C'est en effet là un but essentiel à atteindre et en même temps la condition d'une réelle efficacité. Cette vérité commune à tout service de soins est particulièrement vraie de par l'implication nécessaire de chacun avec de nombreux partenaires, lorsqu'il s'agit de traiter des enfants gravement

perturbés et de s'adresser à leurs parents.

Il faut encore tenir compte que l'activité du personnel est dirigée dans trois domaines complémentaires qui occupent chacun une part à peu près égale de temps et d'énergie : le travail thérapeutique est en effet tout à la fois tourné vers les patients, leurs parents et l'institution elle-même. Il faut que chaque membre de l'équipe puisse orienter son activité vers ces trois termes. La nécessité d'une réflexion individuelle et institutionnelle permanente, contrôlée, est essentielle pour permettre à chaque membre d'assumer sa situation dans le groupe, d'améliorer le fonctionnement de l'ensemble en favorisant les échanges relationnels.

Il est nécessaire que chaque membre du personnel soignant soit motivé pour ce mode d'exercice accaparant et difficile, formé et qualifié pour l'utilisation de ses techniques propres. La spécialisation le rend irremplaçable. L'utilisation d'un personnel d'appoint non qualifié (stagiaires, bénévoles, personnel trop temporaire) ne peut être qu'un palliatif à éviter.

Les catégories professionnelles nécessaires sont relativement nombreuses et habituelles en pédo-psychiatrie. La répartition selon ces catégories peut servir de cadre pour préciser certains besoins.

Le personnel éducatif spécialisé : leur nombre (1 pour 4 à 8 enfants) et leur formation est un élément important du bon

fonctionnement, leur tâche est accrue par la nécessité d'avoir des contacts avec les familles.

Le personnel enseignant : appliquant des techniques psycho-pédagogiques adaptées à l'état de chaque patient doit être assez nombreux pour pouvoir se charger de groupes de 2 à 10 enfants. Un personnel particulier est nécessaire pour les plus petits et les plus grands.

Le personnel de rééducation : est représenté essentiellement par des orthophonistes et les rééducateurs de la psychomotricité. Un effort particulier doit permettre leur intégration étroite dans l'ensemble de l'équipe pour que leur action ne soit pas parcellisée mais replacée dans l'ensemble de l'activité thérapeutique.

Les psychothérapeutes : catégorie mal précisée ; les modalités de leur participation au sein d'une équipe institutionnalisée reste sans solution univoque, d'autant qu'il peut être développé le recours à des psychothérapeutes totalement extérieurs au service. Ils assurent des activités psychothérapeutiques définies dans le temps et qui peuvent s'adresser à un groupe de patients ou de parents ou être individuels. Le nombre souhaitable de cette catégorie de personnel est donc difficilement déterminable ; il peut fluctuer en fonction des disponibilités et des orientations théoriques et pratiques. Leur rôle apparaît en tout cas déterminant dans l'orientation générale des soins selon les conceptions psychothérapeutiques. Ils représentent ainsi un élément dynamique essentiel.

A leur propos, se pose le problème de leur implication plus ou moins marquée dans l'institution et du recours éventuel à un psychanalyste "extérieur" à l'équipe, pour résoudre les difficultés posées par l'interférence des activités éducatives ou pédagogiques et psychothérapeutiques notamment.

Des psychologues sont indispensables et peuvent avoir des activités assez larges, axées sur leur contribution à l'appréciation répétée de la situation psychologique des patients.

Une assistante sociale chargée des tâches psycho-sociales, assure les contacts avec les services et institutions concernés par les patients et entre les diverses unités thérapeutiques. Son rôle d'aide psycho-éducative des parents est un élément essentiel de son activité. Par des entretiens, elle contribue encore au bilan régulier sur la situation des enfants et de la famille ; elle joue un rôle déterminant dans l'orientation des patients depuis dès avant leur entrée et jusqu'après leur sortie.

Un psychiatre doit assurer la direction technique et l'organisation des activités thérapeutiques. Il joue un rôle déterminant dans la décision de l'admission et de sortie. Il collecte les informations servant à l'évaluation diagnostique et à l'appréciation de l'évolution des patients. Il coordonne les activités selon un programme thérapeutique propre à chaque enfant et en contrôle la bonne exécution et les résultats. Il prend en charge certains enfants et parents plus personnellement. Il anime les réunions, apporte des

informations, favorise les recherches et veille au facteur de tension au sein du groupe. Ce rôle impose qu'il y consacre l'essentiel d'un temps plein. Plusieurs médecins peuvent utilement collaborer à ces activités.

<u>Le personnel infirmier</u> : a des conditions d'exercice particulières dans une unité de soins diurne psychiatrique. Outre son rôle habituel d'assistance et de soins aux malades et ses tâches administratives, il a en psychiatrie un rôle médico-psychologique lui imposant de s'impliquer dans un réseau relationnel où il trouve l'essentiel de son efficacité. Il doit donc être choisi, motivé et formé à des activités différentes de celles auxquelles il a été presque exclusivement préparé dans les hôpitaux généraux. Une formation spéciale accrue est à ce titre souhaitable. Dans une unité de soins diurne de psychiatrie infanto-juvénile ce personnel reste irremplaçable : pour assurer les soins biologiques et physiques essentiels, les soins"maternels" (repas, repos ou de toilette, maquillage, etc...). Sa participation aux activités éducative, pédogogique, psychothérapique est souhaitable ; elle risque d'entraîner des conflits et implique une assistance particulière d'ordre psychothérapique destiné à ce personnel. Le contact permanent avec les enfants et fréquent avec les familles, privilégie leur relation particulièrement avec les enfants les plus perturbés. Il apparaît nécessaire d'apporter des modifications par rapport aux conditions très habituelles de fonctionnement du personnel infirmier : ainsi, dans une unité de soins diurne, ce personnel doit être stable, c'est à dire présent de façon continue dans l'année et pendant

toute la durée des activités de l'unité (environ 9 heures à 16 heures). Cette exigence nécessite la modification de leur horaire habituel de travail. Ce personnel doit encore être mixte et pouvoir s'habiller en civil pour permettre sa meilleure intégration dans l'équipe et favoriser les identifications indispensables aux enfants ainsi que sa participation aux sorties thérapeutiques.

Une surveillante doit jouer un rôle de coordination entre les membres de l'équipe et représenter un lien de communication privilégiée avec l'administration. Tout en assurant ses tâches traditionnelles, elle doit pouvoir rester disponible et impliquée personnellement dans l'activité thérapeutique pour ne pas être exposée à un isolement stérilisant.

Quand au personnel technique et administratif, il est commun au reste de l'hôpital et doit être sensibilisé aux particularités de l'activité d'une telle unité pour y apporter sa contribution indispensable.

L'activité Thérapeutique

L'activité thérapeutique peut être basée sur quelques principes généraux. Elle vise à réaliser un climat d'inspiration psychothérapique et un fonctionnement institutionnel. Elle se veut adaptée à la situation de chaque enfant à chaque instant.

Elle peut être abordée sous ces trois aspects selon qu'elle est dirigée vers les patients, leurs parents et l'équipe soignante elle-même.

La thérapeutique qui s'adresse aux enfants : elle est à l'évidence essentielle et vise à réaliser un certain déconditionnement du milieu familial et scolaire. Il s'agit de créer un nouveau climat éducatif et pédagogique fait de compréhension et d'acceptation progressif des exigences de diverses conduites archaïques. Il faut permettre l'utilisation des énergies progressivement libérées et les réorienter vers des investigations, des intérêts et des buts plus élaborés. Cette évolution dynamique est émaillée de phases régressives où une réactivation de conduites archaïques se manifeste. Ces phases doivent être comprises, ménagées et utilisées, en aidant à la tolérance de tous, particulièrement des parents.

Les diverses thérapeutiques peuvent être un peu artificiellement séparées en éducatives, pédagogiques et psychothérapeutiques.

Sans tomber dans la distribution de rôles limités,dans l'emploi uniforme de techniques rigides, il s'agit au contraire de coordonner dans un programme d'ensemble des activités qui débordent d'ailleurs le temps de l'hospitalisation et qui tient compte en permanence du fait que l'évolution reste en grande partie imprévisible.

L'importance des activités éducatives et pédagogiques tient au caractère dynamique de la compréhension qui les anime et à la richesse des éléments relationnels qu'elles peuvent mobiliser.

Elles peuvent encore mobiliser des facteurs pulsionnels qui peuvent entraîner une réactivation symptomatique transitoire. Sur le plan technique, ces activités reposent sur l'apprentissage de nouvelles modalités de plaisir, visant bien plus qu'à l'acquisition de connaissances, à l'organisation des fonctions psychiques et à des remaniements des divers aspects de la personnalité.

Les attitudes du personnel éducatif et psycho-pédagogique ne doit donc être ni bien sûr autoritaire, ni trop normatives, mais se tenir également à distance d'un laxisme pathogène et inefficace.

Toute institution doit fonctionner en effet selon un modèle théorique et possède des règles que le patient doit progressivement reconnaître et intégrer. Il les perçoit en partie comme celles qui

régissent les activités pratiques de chacun du fait du balancement permanent entre les multiples types de relation individuelle et de groupe qui lui sont offerts.

Il faut maintenir un climat psychothérapeutique réel qui ne peut être qu'éloigné d'un idéal irréalisable, surtout lors d'activités impliquant nécessairement des facteurs de réalité.

Les rééducations spécifiques utilisent également les capacités d'investissement du sujet selon les divers degrés de son évolution affective. Elles doivent donc être intégrées dans le programme thérapeutique en fonction d'un plan d'ensemble et coordonnées aux autres activités. Elles tiennent compte de l'ensemble des difficultés de l'enfant pour lui être personnellement adaptées au cours d'une relation individuelle matur nte. Des relations plus spécifiquement psychothérapiques sont adjointes selon les cas et adaptées à chaque situation. Des psychothérapies diverses, individuelles ou de groupe, utilisent des techniques variées qu'impose la diversité des niveaux d'organisation, des formations défensives, des modalités d'expression, de l'inhibition de chaque patient. Les modalités de réalisation de ces psychothérapies posent avec une particulière acuité les problèmes des interférences entre les activités éducatives et spécifiquement psychothérapiques. Elles soulèvent également le problème du degré d'implication souhaitable des psychothérapeutes dans l'institution et du respect du secret médical dans les réunions où s'échangent les informations concernant le malade.

L'activité thérapeutique dirigée vers les familles

L'interaction particulièrement étroite entre l'enfant malade et les membres de sa famille impose une activité thérapeutique conjointe intensive dirigée vers celle-ci et principalement vers les parents ou leur substitut.

Même lorsqu'ils sont demandeurs de soins pour leurs enfants, les parents ont toujours des attitudes inconscientes ambivalentes. Aussi, le plus souvent se retranchent-ils derrière les difficultés scolaires, réduisant la demande à celle d'un ratrapage scolaire. Une information progressive sur les buts et les moyens proposés peut leur faire accepter avec plus de conscience une mesure d'hospitalisation. Dès avant celle-ci et pendant son déroulement, une activité thérapeutique progressive peut se déployer vis à vis des parents. Elle est basée sur une analyse continue de la dynamique et de la structure des interrelations au sein de la famille. Pendant le séjour, l'important est d'obtenir l'adhésion des parents au travail thérapeutique et progressivement leur collaboration, en déployant un effort particulier pour obtenir celle des pères. Il faut sans cesse mobiliser une situation conflictuelle et susceptible de blocage, d'opposition ou de manoeuvres plus ou moins inconscientes de sabotage. Ceci est particulièrement vrai lorsque surviennent des phases régressives chez l'enfant. Pour mobiliser la situation, il faut favoriser une meilleure compréhension de la situation par les parents, puis aborder les divers aspects relationnels au sein de la famille ; il faut suivre et fortifier sans cesse la modification bénéfique de leur attitude. Ce travail peut être fait par un des membres du

personnel thérapeutique selon la qualité des liens relationnels établis, ce pourra être une assistante sociale ou un psychiatre notamment. Mais, dans bien des cas, les parents se révèlent trop fragiles et perturbés et nouent difficilement une relation suivie et féconde. Chez de tels parents, vivants comme dangereux une implication personnelle ou la confrontation à certaines réalités, ou encore incapables de dépasser leur mode pathologique relationnel, d'autres méthodes doivent être adoptées pour que l'obstacle parnetal ne limite pas totalement toute possibilité évolutive de leur enfant. La plus grande souplesse est de mise vis à vis des parents lorsqu'un risque particulier de démission ou de voir les soins contrariés apparaît. Dans les cas où ils peuvent le supporter et en bénéficier, leur intégration rapide à un groupe de parents s'avère faciliter l'évolution de nombreuses situations.

Ces groupes peuvent être organisés selon des modalités diverses. Ils peuvent aller de réunions plus ou moins fixes d'informations avec des parents regroupés jusqu'aux diverses psychothérapies proprement dites de groupe.

Dans certains cas, après un relativement long travail préparatoire, un abord spécifique de la difficulté parentale devient réellement possible et productif.

L'activité thérapeutique peut alors s'orienter vers l'abord réel des difficultés psychopathologiques propres aux parents. On peut les amener à une psychothérapie personnelle pouvant, selon les

[illegible]

sonnalité ou la confrontation à certaines réalités, ou encore incar-

[illegible]

méthodes doivent être adaptées pour que l'obstacle parental ne
limite pas totalement toute possibilité évolutive de leur enfant.
La plus grande souplesse est de mise vis à vis des parents lors-
qu'un [illegible] de voir les soins [illegible]
rifs apparaît. Dans les cas où ils peuvent le supporter et en béné-
ficier, leur [illegible] à un groupe de parents s'avère [illegible]

[illegible]

tions avec ses parents [illegible] psychothérapies

[illegible]

L'activité thérapeutique peut alors s'orienter vers l'enfant

[illegible]

cas aller d'entretiens psychothérapiques suivis jusqu'aux psychothérapies analytiques réglées. L'utilisation de techniques particulières est encore possible : une étude des modalités de leur mise en oeuvre est souhaitable ; psychothérapies de couples, familiales, ou de groupes de familles.

Mais ces techniques particulières ne font pas oublier que l'essentiel est représenté par les entretiens individuels répétés et progressifs, forme habituelle de la prise en charge au moins initialement et exclusive dans la majorité des cas.

Parallèlement, des relations privilégiées peuvent se nouer entre les parents et un membre de l'équipe thérapeutique. Ceci peut permettre des prises de conscience à la faveur d'événements quotidiens et permet encore une meilleure compréhension des rôles et des interactions entre les divers partenaires concernés, parents - enfants - soignants.

Ces relations doivent être contrôlées, ne pas rester trop informelles. Il y a lieu de favoriser la participation réelle des parents à la vie de l'institution, ce qui est un des meilleur garant de leur implication réelle dans les soins. Leur mobilisation, parallèle à celle de l'enfant, conditionne l'évolution de toute la situation familiale, donc de l'état de leur enfant et de ses chances de réadaptation. Cela implique qu'un investissement thérapeutique particulièrement important et prolongé doit être dirigé vers les parents.

Toutefois, leur intervention dans la gestion et l'organisation même de l'unité ne serait pas sans inconvénient. Un des intérêts des hôpitaux publics réside dans leur indépendance vis à vis d'associations de parents.

Quant au groupe des soignants, il doit bien évidemment lutter contre la tendance à l'identification trop spontanée aux enfants face à des parents perçus comme pathogènes ou regjetants et se garder des fantasmes de se percevoir comme les seuls bons parents possibles.

La réalité impose de considérer qu'une réinsertion concerne les parents et passe en partie par eux et a pour but limité d'améliorer les relations parents-enfants par une modification profonde des partenaires.

Le travail thérapeutique de l'équipe sur elle-même.

Il ne saurait être question de faire une étude prospective d'un phénomène institutionnel souvent décrit, mais de situer les éléments dynamiques qu'il nous paraît essentiel de favoriser.

Ce travail de l'équipe est conditionné par le dynamisme et l'expérience de chacun de ses membres. La somme des qualités individuelles est accrue par la cohésion du groupe travaillant dans un but commun. La possibilité de disposer d'un temps d'analyse et de

réflexion pour une recherche permanente assure à la fois la cohérence, l'efficacité et le progrès en évitant le repliement et le désinvestissements de chacun.

Chacun ne manque pas d'être confronté dans ses activités avec les patients, leurs familles, et ses collaborateurs, a de fréquentes difficultés. Les réunions ont en partie pour objet la résorbtion permanente des conflits par la verbalisation qui doit aider à les assumer.

Tout un ensemble d'éléments apparaît aussi essentiel au bon fonctionnement : de bonnes conditions de travai, les compétences et les qualités humaines de chacun et particulièrement des responsables, la cohérence de l'organisation des activités, la multiplicité des possibilités d'échanges vrais sont des facteurs de santé et de progrès essentiels.

La complexité des phénomènes mis en jeu dans une institution confrontée à des exigences particulièrement délicates à satisfaire, ne manque pas d'entraîner de multiples difficultés, surtout dans les domaines relationnels. Ce sont surtout celles-ci qui risquent de retentir gravement sur l'activité et d'en grever toute l'efficacité.

Ceci impose à l'équipe la recherche permanente de nouvelles modalités de fonctionnement.

[illegible] nécessite occupe à la fois [illegible] [illegible] et le [illegible] [illegible] la [illegible] [illegible]

[illegible]

[illegible] les patients, leurs familles, et ses collaborateurs, a de fréquentes [illegible] [illegible] des conflits sur la [illegible] qui doit [illegible] [illegible]

[illegible] [illegible], la cohérence de l'organisation des activités, la [illegible] des possibilités d'échanges vrais sont des facteurs de santé [illegible]

[illegible] [illegible] des [illegible] [illegible] les données relationnelles [illegible] [illegible]

[illegible] [illegible] de [illegible].

Ménager de telles possibilités évolutives dans l'avenir, apparaît essentiel. Dans ce but, il est souhaitable d'éviter tout a priori dogmatique, fut-il tiré d'expériences, en elles-mêmes des plus enrichissantes.

Telles sont les grandes lignes du programme thérapeutique qu'il a paru possible de dégager dans le cadre d'une étude prospective.

Eléments d'Organisation Complémentaires

Nous avons développé les éléments essentiels qui nous paraissent pouvoir guider la réalisation et surtout l'organisation des activités thérapeutiques qui spécifient cette formule d'hospitalisation.

Toutefois, une telle unité peut de façon complémentaire assurer d'autres rôles, comme l'observation notamment. D'autre part, elle ne se conçoit que coordonnée à d'autres structures complémentaires pour former un dispositif cohérent, allant de l'hospitalisation continue aux structures extra-hospitalières, l'hospitalisation diurne n'apparaissant que comme une des formules d'hospitalisation partielle.

Pour proposer quelques modalités possibles de coordination, nous décrirons d'abord brièvement les possibilités complémentaires qu'offre l'unité projetée par rapport au reste du service.

Elle peut en effet être utile à l'observation des patients. Elle offre dans ce domaine des conditions assez favorables pour nombre de cas.

Nous avons déjà souligné l'intérêt de cette formule pour l'observation suffisamment prolongée des conduites et des inter-

[illegible]

Cela ne se conçoit que [illegible] d'après [illegible]

[illegible]

[illegible] n'y a [illegible] qu'[illegible] formules [illegible]

[illegible]

[illegible] peut en effet [illegible]

Elle entre dans [illegible]

[illegible] du cas.

Nous avons déjà souligné [illegible]

l'observation suffisante [illegible] des [illegible]

actions familiales, sociales et même scolaires, particulièrement pour les plus jeunes. Mais il nous paraît que c'est surtout dans les cas où l'admission est prévue au moins à titre d'essai que le recours à cette formule doit être utilisée. Dans la plupart des autres cas, lorsque l'admission n'est pas envisagée, l'observation nous paraît devoir avantageusement être pratiquée dans d'autres structures pour ne pas nuire à la cohérence du groupe traité.

Aussi, la participation de patients pris essentiellement en charge dans ces autres structures paraît pouvoir s'envisager ainsi. Les patients internes pourraient bénéficier des activités thérapeutiques intensives diurnes. Toutefois, une proportion trop forte de tels internes imposerait une conception radicalement différente du projet ; sinon au prix de dénaturer la spécificité des soins qui font tout l'intérêt et l'efficacité de cette formule d'hospitalisation pour des externes maintenus en relation avec leur famille.

Le désir légitime d'augmenter les ressources thérapeutiques pour les cas les plus déshérités (dont les parents sont absents ou très déficients, ou lointains) tels qu'on les rencontre si fréquemment dans la clientèle hospitalière, imposerait d'autres conceptions originales dotées de moyens propres. Toutefois, pour nombre de ces cas, l'élargissement des indications de l'hospitalisation diurne pourrait passer par le développement préalable d'un système de placement familial spécialisé disposant d'un

réseau de foyers nourriciers sélectionnés, proches et aidés. Cette formule permettrait en effet de faire bénéficier de riches possibilités de soins psychiatriques en externe une population accrue malgré des conditions socio-familiales difficiles.

Dans le même ordre d'idées, pour élargir les indications comme les possibilités de réinsertion, le développement de modalités d'assistance à domicile, la création de foyers d'accueil nous paraissent souhaitables, particulièrement pour les adolescents.

En l'absence de tous ces moyens souhaitables, il paraît bien établi que l'efficacité d'un programme thérapeutique tient à sa cohérence, celle-ci dépendant de la relative homogénéité des conditions socio-familiales des patients.

Nous retrouvons là le critère essentiel de l'indication de la formule d'hospitalisation diurne dont nous avons dit combien elle en conditionne l'efficacité.

Pour les patients externes : certains patients suivis en ambulatoire pourraient apparemment bénéficier de soins dispensés dans l'unité projetée.

Ainsi, certains enfants traités en consultation dont l'adaptation est précaire et transitoirement diminuée peuvent justifier l'hospitalisation sur le mode diurne. Nous avons déjà décrit l'intérêt de cette formule pour des enfants sous adaptés, par inhibition

ou facteurs situationnels par exemple, lorsqu'un déconditionnement scolaire et non familial s'impose.

Une formule particulièrement intéressante pour des cas gardant toutefois une adaptation, même précaire à la scolarité, pourrait se développer (essentiellement dans le cadre de la prise en charge de secteur).

Ce serait l'utilisation vespérale pour eux, de certains moyens thérapeutiques dans l'unité diurne, Les locaux libérés chaque après-midi par son groupe de fréquentation diurne étant alors utilisés sous forme d'une unité du soir aux indications et au mode de fonctionnement spécifiques.

Mais pour la plupart des patients pris essentiellement en charge par la consultation, il importe surtout de ne pas s'exposer au chevauchement des activités.

Le risque majeur à éviter dans tous les cas étant de rendre la prise en charge partielle est menacée de discontinuité. Ceci nous a imposé de préciser les caractères de l'unité diurne et nous pousse à les conserver bien distincts de ceux de la consultation. Ainsi, pour ne donner qu'un exemple, un patient sortant de l'unité de jour relève de la consultation, plutôt dans le cadre de celle du service que d'un système de suite ambulatoire annexé à l'unité d'hospitalisation elle-même.

A propos du caractère essentiel et central de cette consultation, nous ne pouvons qu'en affirmer l'importance pour le fonctionnement même de l'unité de soins diurne ; c'est elle notamment qui assure la plupart des admissions et des post-cures.

Une fois évoquées les possibilités d'utilisation de l'unité d'hospitalisation, nous pouvons résumer aussi les éléments de coordination de structure hospitalière qu'elle nous suggère ; ils peuvent se présenter schématiquement ainsi.

Le développement de l'hospitalisation partielle "sans lit" permet des soins intensifs à relativement moyen terme sur le rythme d'admissions quotidiennes. Il doit former un système gradué réversible, souple et polymorphe et peut être individualisé sous forme d'une unité de soins diurne utilisable ensuite en unité du soir.

Ces hospitalisations partielles peuvent permettre la réduction du recours à l'hospitalisation continue limitée à des hospitalisations brèves, articulées avec des consultations d'urgence ; elles assurent des traitements essentiellement à court terme en permettant un déconditionnement complet et des explorations spécialisées. Cette hospitalisation continue peut être combinée avec des activités diurnes diverses, intra ou extra-hospitalières et une partie individualisée en unité de nuit.

Les consultations, plaque tournante de l'ensemble, représentent dans la conception du projet une base de départ essentiel pour

l'implantation dans la communauté.

Nous pouvons encore évoquer les principaux aménagements et créations nécessaires pour réaliser un dispositif sectorisé, essentiel au bon fonctionnement de l'unité diurne qui en retour en est un élément clé.

La création d'un tel dispositif implique l'organisation d'un important système ouvert et mobile répondant aux besoins d'hygiène mentale allié au dispositif équivalent pour adultes. Il doit aller au devant de la demande et assurer la continuité des soins dans les diverses structures communautaires (services médicaux, sociaux, scolaires éducatifs, institutions spécialisées, etc..). D'une façon générale, il assure ainsi une présence psychiatrique agissant beaucoup indirectement sur les structures concernées par l'enfance. L'hospitalisation diurne représente ainsi un élément essentiel pour assurer les thérapeutiques intensives au sein d'un tel dispositif. En retour, les autres éléments complémentaires, surtout ceux travaillant hors de l'hôpital, transforment les conditions de recrutement en les élargissant, augmentent les possibilités ouvertes après la sortie.

Toutes ces considérations sur les modalités de fonctionnement d'une formule d'hospitalisation et les riches possibilités qu'elle offre ne fait pas oublier la relative limitation de ces indications, du fait qu'elle s'adresse à une catégorie de patients assez limitée. Enfin, le devenir ultérieur des patients traités impose bien sou-

vent, devant leurs possibilités d'autonomie limitées, une assistance prolongée à l'âge adulte.

L'hospitalisation diurne n'est ainsi qu'un élément du dispositif thérapeutique nécessaire parmi bien d'autres ; nous avons recherché les conditions propres à lui permettre de remplir sa mission d'être un milieu hospitalier plus naturel et plus thérapeutique.

CONCLUSION

Un projet d'hospitalisation diurne, dans le service de neuro-psychiatrie infantile de la Salpêtrière, est conçu pour satisfaire, selon les exigences de la spécialité, les besoins de certains patients inadaptés en les maintenant en relations constructives avec leur famille.

Ce projet se situe dans un service déjà développé et devant contribuer à l'hygiène mentale d'un secteur géo-démographique voisin. La confrontation des besoins insatisfaits par le mode de fonctionnement actuel avec les moyens en cours de développement, permet de dégager parmi les aménagements et créations nécessaires, l'intérêt d'une formule d'hospitalisation partielle diurne.

Pour en guider la réalisation et le fonctionnement, les données d'expériences similaires particulièrement celles d'hôpitaux de jour, sont transposées dans un contexte précis en tenant compte des exigences techniques et des impératifs administratifs locaux.

La conception soutenue est celle d'une unité nettement individualisée, au programme thérapeutique spécifique et aux indications précises.

L'unité elle-même n'étant conçue qu'étroitement coordonnée au reste d'un dispositif dont les aménagements complémentaires nécessaires sont avancés.

L'individualité se marque déjà au niveau de l'équipement nécessaire. Des exigences pratiques sur le plan architectural sont présentées ; des normes approchées, surtout qualitatives, concernant le personnel soignant nécessaire sont exposées.

Les conditions du fonctionnement optimum d'une telle institution impliquent la détermination préalable d'une politique générale de l'admission basée sur l'analyse du recrutement potentiel. Les éléments essentiels développés en rapport avec cette politique d'admission concernent :

- les critères psychopathologiques, surtout dynamiques, des patients à admettre et de leur famille ; car ils influencent tout le fonctionnement ;
- l'étude des besoins spécifiques des diverses catégories d'âge.

Les éléments thérapeutiques proposés à titre indicatif concernent les activités éducatives, pédagogiques, psychothérapiques destinées à traiter les divers aspects de la personnalité des patients, ainsi que les modalités d'action progressive possibles sur les parents. Les critères et les conditions d'un fonctionnement institutionnel de l'équipe soignante sont rappelés.

Outre ces éléments spécifiques de l'unité sur le plan thérapeutique lui-même, sont discutées les possibilités de l'utiliser pour l'observation d'enfants internes ou externes.

Pour assurer cohérence et efficacité au dispositif de soins, des aménagements parallèles possibles du reste du service sont proposés et schématisés sous forme d'unités d'hospitalisations partielles et continues brèves complémentaires.

Dans le but d'assurer la continuité des soins, les modalités de coordination avec des structures extra-hospitalières jugées nécessaires à créer sont ébauchées.

Telles sont les orientations apparues souhaitables d'un projet qui doit rester ouvert sur l'avenir.

Vu :

Le président

Signé : J. DUCHE

Vu :

Le Doyen :

Signé : CASTAIGNE

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA J. de

Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile. Masson, Paris, 1967, p. 93-103.

BASQUIN M.

Les services hospitaliers en pédo-psychiatrie. Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance, 1966, 14, N° 2, p. 933-939.

BELEY A.

Evolution des modes d'assistance en psychiatrie infanto-juvénile. Rapport au Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française, Sep. 1968, Paris, Masson 1968.

BELISLE L.G.

Les soins de jour de la clinique interne du département de psychiatrie infantile de l'Hôpital Saint-Justin (Montréal). Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance, SepT. 1968, 16, 9, p. 763-773.

BERNARD P. et Coll.

L'hôpital de jour en question. L'Information psychiatrique, 44, 3, p. 223-228.

CAZENAVE F.

Un hôpital de jour pour enfants. Education, Paris, 1968, 24, N° 5, 17, p. 25.

DAYMAS S., LAGASSY S et GAESTNER R.

De l'intérêt d'une prise en charge simultanée en hôpital de jour et en école primaire ou maternelle chez les enfants psychotiques ou névrosés. Inter Rééducation. Sept.-Oct., 1971, N° 23, p. 13-15.

DE VERBIZION

L'hôpital de jour. Réadaptation. Sept.-Oct. 1966, 133, p.17-18.

EISENBERG L.H., CONNERC C.K.

A controlled study of the differential application of out patient psychiatric treatment for children. JAP. Journal of Child Psychiat., 1965, 6-3.

Groupe d'Etude et de Recherche en Psychiatrie Infantile.

Les Hôpitaux de jour et externats médico-pédagogiques pour enfants. Paris, Privat, 1969.

HAIM A.

Les Hôpitaux de jour pour enfants et adolescents. Etude critique d'expérience typique. Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale, 1964, 1, p. 3-19.

HAIM A.

Les Hôpitaux de jour pour enfants. Réadaptation, Paris, 1964, 110, p. 52-54.

HAIM A.

L'Hôpital de jour "Marguerite Fontanelle". Union et Prévoyance, Paris, 1965, 51, n° 62, p. 7-13.

HAIM A. et Coll.

Psychothérapie en hôpital de jour. Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance, Oct. 1967, n° 10-11, p. 883-891.

HOUDE L.

Les critères d'admission en traitement intensif en internat, en externat et en clinique de jour. Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance, Sept. 1968, 16, N° 9, p. 715-725.

LANG J.L.

Externat médico-pédagogique et hôpitaux de jour. Concours Médical, Oct. 1965, n° 44, 30, p. 6361, et Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance, Av.-Mai 1965, 13, N° 4-5, p. 315-316.

LANG J.L.

Réflexions sur la clientèle d'un hôpital de jour pour enfants. Annales Médico-Psychologiques, Nov. 1966, 124, N° 4.
Journée Nationale de Pédo-Psychiatrie, 1966, ESF 66, p. 67-82.

LANG J.L.

Hospitalisation partielle et équipement extra-hospitalier en psychiatrie infantile. Information psychiatrique, Mars 1968, 44, 3, p. 259-265.

LANG J.L.

Rééducation en externat. Paris, ESF, 1971, 187 p.

LANG J.L., HERSENT C. et BERTRAN M.J.

L'externat médico-pédagogique de Jouy en Josas. La Vie Collective, Mai 1966, p. 652-669.

LA VIETAS R., COMER R., REENS R., RENOLD R.

Day treatment center and school. American Journal of Ortho-psychiatry, New York 1965, 35, n° 1, p. 160.

LAZURE D.

Assistance psychiatrique en milieu pédiatrique. Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance, Sept. 1968, 16, N° 9, p. 689-699.

LEBOVICI S.

La psychothérapie dans un hôpital de jour. Annales Médico-Psychologiques, Oct. 1970, 128, n° 3, p. 453.

LEBOVICI S.

Le problème des loisirs dans un hôpital de jour pour enfants. Vers l'Education Nouvelle, 1964, 188, p. 7-15.

LEBOVICI S.

La place de l'externat en psychiatrie infantile. Sauvegarde, Sept.-Oct. 1968, 13, n° 7-8, p. 583 et suiv.

LEBOVICI S.

Rapport sur l'activité de l'hôpital de jour du 13ème arrondissement de Paris. Paris 1963 ; idem 1969.

LEBOVICI S.

L'expérience de santé mentale du 13ème arrondissement de Paris. Informations Sociales, Paris, Juin 1964, 18, n° 6.

LINNEMAN E., WILTRUP J.

Treatment of adolescent in a day and night hospital. Acta Paedopsychiatrica, 35, 9, 261-263.

LUCAS G.

Les hôpitaux de jour en psychiatrie de l'enfant. Thèse, Paris, 1970, 70 p.

MISES R.

Les bases théoriques de l'hôpital de jour pour enfants. Mars 1967. Publication de l'hôpital Sainte-Justine (Montréal).

MISES R.

L'hôpital de jour pour enfants et adolescents. Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale, 1968, n° 73.

MISES R.

Quelques problèmes posés par la réorganisation des services d'enfants. Vie Sociale et Traitement, Mai-Juin 1969, n° 73.

MISES R. et Coll.

La Fondation Vallée, de l'asile au secteur de psychiatrie infantile. Information Psychiatrique, Oct. 1970, 47, 8, p. 663-690 et 729-730.

SAINLAURENT C.

Quelques expériences en hôpital de jour. Information Psychiatrique, Mars 1968, 44, 3, p. 229-244.

TALAN I.

Un hôpital de jour psychiatrique pour enfants. Réadaptation, Mai 1970, n° 170, p. 11-16.

TALAN I.

L'hôpital de jour pour enfants du 13ème arrondissement. La Vie Collective, Mars 1970, 36, n° 416, p. 285-290.

VOGT

Rapport sur le fonctionnement des externats médico-pédagogiques. Courrier du C.R.E.A.I., Paris Sept. 1967, n° 11, p. 6-24.

WETHERILL B.A.

Advantage of hospitalization in intensive short therapy. 1965, Orthopsychiatric Meeting, New York.